

## ОБЗОР ДЛЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ СЕРТИФИКАЦИИ

### MID-CERTIFICATION REVIEW

**Заполните и возвратите эту форму вместе с документами, подтверждающими доход и изменения, о которых вы сообщаете.**

Чтобы сохранить льготы, вы должны заполнить обзор для промежуточной сертификации и отправить его по почте, передать лично или заполнить обзор по телефону.

Для отправки по почте или личной передачи в местном отделении:

- Ответьте на все вопросы;
- Предоставьте документы, подтверждающие доход;
- Предоставьте документы, подтверждающие все изменения; и
- Подпишите и возвратите данную форму обзора.

Для заполнения по телефону:

- Позвоните в местное отделение для заполнения обзора;
- Предоставьте документы, подтверждающие доход; и
- Предоставьте документы, подтверждающие все изменения.

<b>1. ИМЯ, ТЕКУЩИЙ АДРЕС И КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ</b>				
ИМЯ		ФАМИЛИЯ		ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР КЛИЕНТА
АДРЕС ПРОЖИВАНИЯ (УЛИЦА, ДОМ, КВАРТИРА)		ГОРОД	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС
ПОЧТОВЫЙ АДРЕС (ЕСЛИ ОТЛИЧАЕТСЯ)		ГОРОД	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС
				РАБОЧИЙ/ДРУГОЙ НОМЕР КОНТАКТНОГО ТЕЛЕФОНА

#### **2. ЛЮДИ, ВЪЕХАВШИЕ ИЛИ ВЫЕХАВШИЕ ИЗ ВАШЕГО ДОМА**

Въезжал или выезжал ли кто-либо из вашего дома?  Да (подробности указать ниже)  Нет (переход к п. 3)

ИМЯ	РОДСТВЕННЫЕ ОТНОШЕНИЯ С ВАМИ	ДАТА ВЪЕЗДА	ЖЕЛАЕТЕ ЛИ ВЫ ПОЛУЧАТЬ ЛЬГОТЫ НА ЭТОГО ЧЕЛОВЕКА?	ДАТА ВЫЕЗДА

#### **3. БЕРЕМЕННОСТЬ**

Изменилось ли чье-либо состояние, связанное с беременностью, за последние шесть месяцев?

Да (подробности указать ниже)  Нет (переход к п. 4)

ИМЯ	ПРЕДПОЛАГАЕМЫЙ СРОК	ДАТА ОКОНЧАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

#### **4. ЛИЦА, ИМЕЮЩИЕ ИНВАЛИДНОСТЬ**

Получил ли кто-либо из ваших домочадцев инвалидность, или изменилось ли чье-либо состояние, связанное с инвалидностью, за последние шесть месяцев?  Да (подробности указать ниже)  Нет (переход к п. 5)

ИМЯ	ВИД ИНВАЛИДНОСТИ	ДАТА ПОЛУЧЕНИЯ	ДАТА ОКОНЧАНИЯ

#### **5. ИНДИВИДУАЛЬНОЕ ИЛИ ПРОИЗВОДСТВЕННОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ**

Имеет ли кто-либо частную или производственную медицинскую страховку?

Да (подробности указать ниже)  Нет (переход к п. 6)

Пожалуйста, отметьте пункты, наиболее полно соответствующие информации для любого типа страховки.

- Я имею частную медицинскую страховку или медицинскую страховку от своего работодателя.
- Моя частная медицинская страховка или медицинская страховка, предоставленная работодателем, покрывает услуги врачей, больничное лечение, рентгеноскопию и лабораторные услуги.
- У меня была производственная медицинская страховка в течение последних четырех месяцев, но в настоящее время у меня нет страхового покрытия.

СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ/ РАБОТОДАТЕЛЬ	НОМЕР ПОЛИСА	ИМЯ ВЛАДЕЛЬЦА ПОЛИСА	НОМЕР SSN ВЛАДЕЛЬЦА ПОЛИСА	ИМЯ ПОКРЫВАЕМОГО ЛИЦА (ЛИЦ)



**6. ДЕНЕЖНЫЕ СРЕДСТВА**

Имеют ли проживающие с вами лица денежные средства?  Да (подробности указать ниже)  Нет (переход к п. 7)

ЧЕКИ \$	СБЕРЕЖЕНИЯ \$	АКЦИИ \$	ОБЛИГАЦИИ \$
------------	------------------	-------------	-----------------

Лицо, владеющее указанными выше денежными средствами:

**7. ТРАНСПОРТНЫЕ СРЕДСТВА**

Приобрел ли кто-либо транспортное средство за последние шесть месяцев?

Да (подробности указать ниже)  Нет (переход к п. 8)

ВЛАДЕЛЕЦ	МАРКА (FORD, CHEVY, DODGE)	МОДЕЛЬ (FOCUS, BLAZER, NEON)	ГОД ВЫПУСКА (1998, 2004)	ТЕКУЩАЯ СТОИМОСТЬ	СУММА ДОЛГА	ЭТО АРЕНДОВАННОЕ ТРАНСПОРТНОЕ СРЕДСТВО?
						<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
						<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

**8. НОВЫЙ ДОХОД / ПОТЕРЯННЫЙ ДОХОД**

Приобрел ли кто-либо новый доход или потерял получаемый доход за последние шесть месяцев?

Да (подробности указать ниже)  Нет (переход к п. 9)

(НОВАЯ РАБОТА / ПОСОБИЕ ПО БЕЗРАБОТИЦЕ/СОЦИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ / ВЫПЛАТЫ ДЕПАРТАМЕНТА ТРУДА И ПРОМЫШЛЕННОСТИ (L&I) / ВЫПЛАТЫ НА СОДЕРЖАНИЕ ДЕТЕЙ)

ИМЯ ЛИЦА	РАБОТОДАТЕЛЬ ИЛИ ДРУГОЙ ИСТОЧНИК ДОХОДА	ПРИОБРЕТЕН ИЛИ ПОТЕРЯН ПОСТОЯННО ПОЛУЧАЕМЫЙ ДОХОД?	ДАТА ПРИОБРЕТЕНИЯ ДОХОДА	ДАТА ПОТЕРИ ДОХОДА
		<input type="checkbox"/> Приобретен <input type="checkbox"/> Потерян		
		<input type="checkbox"/> Приобретен <input type="checkbox"/> Потерян		
		<input type="checkbox"/> Приобретен <input type="checkbox"/> Потерян		
		<input type="checkbox"/> Приобретен <input type="checkbox"/> Потерян		

**9. ЗАРАБОТКИ / ДОХОД ОТ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ ЗАНЯТОСТИ**

ИМЯ ЛИЦА, ПОЛУЧАЮЩЕГО ДОХОД	РАБОТОДАТЕЛЬ И КОНТАКТНОЕ ЛИЦО, КОТОРОЕ МОЖЕТ ПОДТВЕРДИТЬ ВАШ ДОХОД	НОМЕР ТЕЛЕФОНА РАБОТОДАТЕЛЯ	СТАВКА (\$8 В ЧАС/ \$1 200 В МЕСЯЦ/ \$2 ЗА БУШЕЛЬ)	КОЛ-ВО РАБОЧИХ ЧАСОВ В НЕДЕЛЮ	ПЕРИОДИЧНОСТЬ ОПЛАТЫ (10 <sup>ГО</sup> И 25 <sup>ГО</sup> ЧИСЛА/КАЖДУЮ ВТОРУЮ ПЯТНИЦУ, КАЖДЫЙ ВТОРНИК/ ЕЖЕДНЕВНО)
			\$      в		
			\$      в		
			\$      в		
			\$      в		

**10. ВЫПЛАТЫ НА СОДЕРЖАНИЕ ДЕТЕЙ, КОТОРЫЕ ВЫ ОБЯЗАНЫ ПЛАТИТЬ ПО ЗАКОНУ**

Изменилось ли для кого-либо распоряжение о взыскании помощи на детей?

Да (подробности указать ниже)  Нет (переход к п. 11)

ЛИЦО, ОБЯЗАННОЕ ПО ЗАКОНУ ОПЛАЧИВАТЬ СОДЕРЖАНИЕ ДЕТЕЙ	ИМЯ РЕБЕНКА, В ПОЛЬЗУ КОТОРОГО ВЗЫСКИВАЮТСЯ ВЫПЛАТЫ	СУММА ЕЖЕМЕСЯЧНЫХ ВЫПЛАТ ПО РАСПОРЯЖЕНИЮ	СУММА, ФАКТИЧЕСКИ ВЫПЛАЧИВАЕМАЯ В МЕСЯЦ
		\$	\$
		\$	\$



**11. ДОХОД ИЗ ДРУГИХ ИСТОЧНИКОВ**

ИМЯ ЛИЦА, ПОЛУЧАЮЩЕГО ДОХОД	ИСТОЧНИК ДОХОДА (СОЦИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ / ВЫПЛАТЫ НА СОДЕРЖАНИЕ ДЕТЕЙ / ВЫПЛАТЫ ДЕП. L&I / ПОСОБИЕ ПО БЕЗРАБОТИЦЕ)	ПЕРИОДИЧНОСТЬ ПОЛУЧЕНИЯ (ЕЖЕНЕДЕЛЬНО / ЕЖЕМЕСЯЧНО)	ЕЖЕМЕСЯЧНО ПОЛУЧАЕМАЯ СУММА
			\$
			\$
			\$
			\$

**12. АРЕНДА / ИПОТЕКА / НАЛОГИ И ОБЯЗАТЕЛЬНЫЕ ВЫПЛАТЫ**

ПЕРЕЧИСЛИТЕ ЕЖЕМЕСЯЧНО ВЫПЛАЧИВАЕМЫЕ СУММЫ ПО СЛЕДУЮЩИМ РАСХОДАМ	ПЕРЕЧИСЛИТЕ ЕЖЕГОДНО ВЫПЛАЧИВАЕМЫЕ СУММЫ ПО СЛЕДУЮЩИМ РАСХОДАМ, ЕСЛИ ОНИ НЕ ВКЛЮЧЕНЫ В РАЗМЕР ВАШЕЙ ИПОТЕКИ ИЛИ АРЕНДЫ
Ипотека/аренда: \$ _____	Налоги на имущество: \$ _____
Аренда площади: \$ _____	Страховка домовладельца: \$ _____
Требуемая арендная плата: \$ _____	Плата ассоциации/кондоминиума: \$ _____

Имя домовладельца:

Номер домовладельца:

**13. ПЛАТА ЗА КОММУНАЛЬНЫЕ УСЛУГИ**Платите ли вы за какие-либо коммунальные услуги?  Да (подробности указать ниже)  Нет (переход к п. 14)Платите ли вы за отопление и охлаждение?  Да  Нет

Что является вашим основным источником тепла?

Платите ли вы за какие-либо из следующих коммунальных услуг? Отметьте все услуги, за которые вы платите.

- |  |                                      |   |
|--|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Электричество   | <input type="checkbox"/> Газ         | <input type="checkbox"/> Водопровод/канализация |
| <input type="checkbox"/> Обслуживание колодца или<br>антисептическая обработка | <input type="checkbox"/> Сбор мусора | <input type="checkbox"/> Телефонные услуги      |

**14. ПОДПИСЬ И ДАТА**

Подписывая данную форму, я утверждаю, что информация, представленная мною в данном документе, является истинной, точной и полной, насколько мне это известно. Я знаю, что неправомерное получение денежных средств, продуктов питания или медицинских льгот в результате намеренного указания ложной информации или непредставления информации, которую я должен представить в отчете, является преступлением. Я понимаю, что если я не предоставлю документы, подтверждающие повышение арендной платы, платы по ипотеке, платы за коммунальные услуги или выплат на содержание детей, увеличенные расходы не будут использованы при определении моего права на получение льгот.

ПОДПИСЬ ГЛАВЫ СЕМЬИ ИЛИ ПОЛНОМОЧНОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ

ДАТА

